N° 174.

23.

ESSAI

SUR LA

PLEURÉSIE AIGUË.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 6 DÉCEMBRE 1837;

PAR

GEORGES PASQUERON DE FOMMERVAULT,

De St-Secondin (VIENNE);

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Nova non promitto, satis quippe habiturus, si vetustæ experientiæ vestigia diligenter legere et veras rationes assequi liquerit.

F. HOFFMANN.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1837.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT, *Président*. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS. Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN, *Examinateur*. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *Suppléant*. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN, *Examinateur*.
BROUSSONNET fils, *Suppléant*.
TOUCHY, *Examinateur*.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MANES

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

Regrets !.....

A mon Oncle et à ma Tante BELLAUD,

Vous qui avez si bien remplacé ceux qui m'avaient donné le jour, agréez ce faible travail comme un hommage de ma juste reconnaissance.

A mon Cousin BELLAUD,

Docteur en Médecine, mon compagnon d'enfance et mon meilleur ami.

A MON FRÈRE, A MA SOEUR.

Amitié inaltérable.

A TOUS MES PARENTS.

Souvenir d'amitié.

G. PASQUERON DE FOMMERVAULT.

INTRODUCTION.

Mon dessein étant d'aller exercer la médecine dans une contrée où les fluxions de poitrine sont très-communes, j'ai cru devoir choisir la pleurésie aiguë pour sujet de mon dernier acte probatoire, dans la pensée que je devais connaître d'une manière particulière une maladie que j'aurais journellement sous la main.

Je n'ai pas la prétention d'émettre rien de nouveau sur une matière traitée si souvent et par tant d'hommes illustres; seulement j'essaierai de recueillir les idées que m'ont suggérées la lecture de ces auteurs et les leçons des savants professeurs de cette École. Puisse ce faible essai mériter la bienveillance de mes juges! J'aurais pu traiter une maladie moins commune et me livrer à des recherches qui auraient peut-être offert un peu plus d'intérêt; mais je pense, avec Stoll, que ceux qui font des recueils d'observations sur les faits rares sont louables sans doute; mais que ceux qui mettent tous leurs soins à observer avec attention les maladies journalières qui nous affligent, qui cherchent à connaître avec exactitude les maladies populaires, les rapports qu'elles ont entre elles, ce qu'exigent leur commencement, le passage de l'une à l'autre, leurs complications, font un travail qui est bien plus profitable à l'humanité.

ESSAI

SUR

LA PLEURÉSIE AIGUË.

De tous les organes sujets aux affections inflammatoires, le poumon et la plèvre sont ceux qui en sont attaqués de préférence. Aussi, en consultant les ouvrages de ces hommes qui se sont le plus distingués dans l'art de guérir, on est fort étonné de la diversité des opinions émises sur le siége de la pleurésie.

Parmi les anciens, les uns confondirent l'inflammation de la plèvre avec celle des poumons, et placèrent dans ces derniers le siége de la pleurésie : telle était l'opinion d'Hippocrate, de Praxagoras, d'Hérophile et de plusieurs autres médecins célèbres ; d'autres furent d'un sentiment opposé, et soutinrent que la plèvre est réellement affectée chez les pleurétiques ; Galien, Dioclès, Asclépiade, Erasistrate, sont de ce nombre. A une époque bien moins reculée de la nôtre, Boërhaave, cédant à l'autorité des noms les plus imposants en médecine,

depuis Galien jusqu'à Stoll, n'a point hésité à placer le siége de cette maladie dans la plèvre; il a donc traité séparément de la pleurésie et de la pneumonie, comme de deux maladies distinctes. Haller et Tissot soutinrent le contraire, ce qui leur attira une réplique virulente de la part du célèbre défenseur de l'École de Leyde (de Haën, *ratio med.*, tom. 9.). Stoll a restreint la dénomination de pleurésie dans ses aphorismes; il traite en même temps de la péripneumonie, et de ce qu'on appelle pleurésie humide. Portal, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, prouve, par des observations multipliées, que la pleurésie n'est point essentiellement différente de la pneumonie. Cullen est du même avis, et ne sépare point l'histoire de ces deux maladies. Enfin, Morgagni, cherchant à fixer le vrai siége de la pleurésie, après avoir mis en opposition les faits les plus positifs et les autorités les plus respectables, semble s'être renfermé dans les bornes d'un doute philosophique. Au rapport de Servius, trois cents pleurétiques disséqués à Rome présentèrent toujours le poumon enflammé sans nulle autre altération de la plèvre. Baroni et Valsalva nous disent avoir obtenu des résultats semblables; mais, comme l'a fort bien observé l'auteur de la nosographie philosophique, il reste toujours de l'incertitude dans les observations rapportées par ces écrivains; car, en nous disant qu'ils n'ont pas trouvé la plèvre enflammée, ils font mention de couches albumineuses, de fausses membranes, de certaines adhérences, et de quelques exhalations plus ou moins abondantes trouvées dans l'intérieur de la poitrine (1). Or, la rougeur, qui était pour eux le signe pathognomonique de ces espèces d'altérations, n'est pas aujourd'hui le seul auquel on puisse distinguer l'inflammation des membranes séreuses. Ces diverses exhalations, ces couches albumineuses qu'on aperçoit, en certains cas, dans divers points de la surface, ces adhérences enfin dont il a été question, sont regardées par nous comme autant de terminaisons de ces phlegmasies.

Félix Plater parmi les anciens, Baglivi et Ettmuller parmi les mo-

(1) Voyez Pinel, nosog. philos., t. II.

dernes, affirment que la plèvre et le poumon sont toujours simultanément affectés dans la pleurésie. Cependant, si, comme l'observe Selle, la plèvre enflammée communiquait toujours l'inflammation aux poumons, trouverait-on dans les auteurs tant d'observations relatives à la pleurésie existante sans les signes propres à la péripneumonie? C. Aurelianus et Diemerbroek nous fournissent des observations par lesquelles il est constant que la plèvre est la partie souffrante. Le premier assure avoir trouvé cette membrane noire dans beaucoup de cadavres. L'autre dit l'avoir vue, dans celui d'une femme, libre de toute adhérence, et avec des signes d'inflammation dans le côté droit, depuis les aisselles jusqu'au diaphragme, sans que le poumon parût avoir été affecté. Lieutaud, dans les descriptions qu'il nous donne de l'état de ces parties, tend à nous apprendre qu'il a toujours vu la plèvre plus ou moins rouge, quelquefois même d'un rouge écarlate. Je demande donc : s'il était possible que la plèvre n'en fût pas le siége, comme on l'a pu soutenir, comment pourrait-il se faire qu'on la trouvât telle à la suite des douleurs de côté?

Quoique, dans un grand nombre de cas, la phlogose de la plèvre puisse coïncider avec celle des poumons, et que les indications à remplir dans l'une et l'autre de ces maladies soient à peu près les mêmes, l'anatomie pathologique et les travaux des Dumas, des Barthez, des Bichat, des Laënnec et des Pinel, ne nous permettent pas de douter que la plèvre ne soit la partie souffrante chez les pleurétiques, et qu'elle ne puisse être enflammée sans faire participer à son état le parenchyme pulmonaire. En conséquence, nous nous croyons autorisé à traiter séparément de la pleurésie qui, quel que soit le sens qu'on ait attribué à ce mot, ne signifiera pour nous que l'inflammation de cette membrane séreuse qui tapisse la paroi interne de la poitrine et recouvre le poumon.

Les nosologistes reconnaissent plusieurs variétés de pleurésies. Nous n'essaierons pas de parler de chacune d'elles, puisque nous serions exposé à franchir les bornes que nous nous sommes prescrites dans cet essai. Aussi nous en tiendrons-nous à celle que nous avons désignée sous le titre de pleurésie aiguë, et que nous allons nous ef-

forcer de faire connaître dans le développement succinct des causes, des symptômes, du diagnostic, de la marche et de la durée, des terminaisons et des altérations organiques, du pronostic, et enfin du traitement.

ÉTIOLOGIE.

L'inflammation de la plèvre, comme toutes les autres maladies aiguës, a ses causes prédisposantes et ses causes occasionnelles. Les unes et les autres sont relatives au tempérament, à l'âge, au sexe, et aux diverses positions où l'on peut se trouver dans la vie sociale.

Causes prédisposantes. — Le tempérament sanguin, l'état de pléthore et d'irritabilité peuvent être rangés parmi les principales causes qui prédisposent la plèvre à l'inflammation. Aussi, comme l'observe Hippocrate, les hommes robustes, accoutumés à faire beaucoup d'exercice, sont-ils plus sujets à la pleurésie que les individus faibles et menant une vie sédentaire. D'où l'on voit que les hommes doivent y être conséquemment plus exposés que les femmes (surtout tant qu'elles sont sujettes au flux menstruel), les jeunes gens que les vieillards, rarement les enfants et ceux qui sont d'une constitution débile.

Parmi ceux que des exercices violents exposent plus particulièrement à cette maladie, on compte les laboureurs, les chasseurs, les coureurs, les voyageurs, les muletiers, les portefaix, et généralement les ouvriers adonnés à un genre d'occupation rude et pénible : les riches, qui, par goût, vivent d'aliments épicés, trop stimulants et en grande abondance, usent avec excès des boissons spiritueuses, s'adonnent aux plaisirs de différents genres, tels que la danse, les excès de Vénus, deviennent quelquefois victimes de cette maladie.

Comme les organes les plus faibles sont naturellement plus susceptibles d'être affectés de maladie, il s'ensuit que la débilité de la poitrine dispose singulièrement à la pleurésie. Cela explique pourquoi, quand on a été une fois atteint, l'on y est plus fréquemment

sujet. *Si quid enim laboraverit antè morbum, ibi se figit morbus*, dit Hippocrate.

Quoique la pleurésie puisse se déclarer dans toutes les saisons et dans tous les lieux, on l'observe principalement en hiver et au printemps : *Hieme verò pleuritides, peripneumoniæ....., tusses, dolores pectorum et laterum.* (Hipp. aph. 23, sect. 3.) Elle est plus fréquente dans les pays froids et montagneux que dans les plaines et les climats chauds, où elle se complique ordinairement d'affections bilieuses. Hippocrate a observé que les individus qui ont des rapports acides ne sont presque jamais atteints de pleurésie : *Acidum ructantes non admodùm pleuritici fiunt.* (Sect. 6, aph. 33.) Enfin, certaines maladies dont le siége n'est pas fixe, comme la goutte, les rhumatismes, la phlogose des membranes et surtout des autres membranes séreuses, la mauvaise conformation de la poitrine, les tubercules pulmonaires, etc., nous paraissent pouvoir être placés au nombre des causes prédisposantes de cette maladie.

Causes occasionnelles. — Les causes occasionnelles de la pleurésie peuvent être distinguées en celles qui produisent l'inflammation en général, et celles qui doivent donner lieu immédiatement à la phlegmasie de la plèvre. Une des causes qui favorisent le plus la pleurésie, c'est l'impression d'un air froid sur tout le corps ou sur une partie qui se trouve quelquefois moins couverte que les autres, comme la poitrine, les bras, etc ; c'est ce qui a fait dire à Sydenham : *Plures homines ab hâc causâ quàm peste, gladio atque fame, simul omnibus, perire.* On doit ranger aussi parmi ces causes l'ingestion d'une boisson froide ou à la glace dans l'estomac quand le corps est en sueur.

La suppression de la transpiration, d'une évacuation quelconque, telle que le flux menstruel, le flux hémorrhoïdal, les lochies, les saignées habituelles, les exutoires naturels ou artificiels ; la répercussion de la goutte, du rhumatisme, de la variole ou de toute autre éruption exanthématique, l'ouverture de tubercules développés à la superficie des poumons à la suite de la phthisie ; les courses.

rapides contre un vent violent; les secousses physiques ou morales, sont autant de causes occasionnelles de la pleurésie.

Mais il est, avons-nous dit, une autre classe de causes occasionnelles qui renferme celles qui peuvent agir directement sur la plèvre. Parmi ces causes, on compte les efforts violents de la respiration, les coups reçus sur le thorax, les plaies pénétrantes, les fractures des côtes, l'ablation d'un sein cancéreux, etc.

Ordinairement sporadique, la pleurésie peut être épidémique sous l'influence d'une cause atmosphérique particulière, comme l'ont fort bien observé Morgagni et Stoll.

SYMPTOMATOLOGIE.

Comme presque toutes les maladies aignës, la pleurésie débute ordinairement par un malaise général, de l'anxiété, de la céphalalgie et des lassitudes spontanées, accompagnés d'un frisson qui est bientôt suivi d'une chaleur plus ou moins intense; mais il ne tarde pas à survenir un ensemble de symptômes qui ne permettent guère de méconnaître la maladie. La fièvre devient aiguë, le pouls dur, fort et tendu, la soif vive; la rougeur du visage, qui est plus ou moins prononcée, se fait remarquer aux pommettes, et surtout, à celle qui correspond au côté affecté; on sent sur toute la peau une certaine aridité quand on la touche; enfin, le malade éprouve à l'un des côtés de la poitrine, une douleur aiguë, pongitive, lancinante, qui augmente par l'inspiration et par la toux, ce qui le tourmente excessivement. On le voit, pour éluder la douleur, s'efforcer de ralentir la respiration singulièrement gênée, courte, précipitée, qu'accompagne une toux plus ou moins fatigante, difficile et sèche, ou n'entraînant avec elle que très-peu de matière glaireuse et presque incolore. Le siége de la douleur varie; mais, le plus ordinairement, il est au-dessous des mamelles, entre les sixième et septième vraies côtes. Cette douleur est ordinairement fixe, mais elle peut aussi parcourir divers points de la circonférence de la poitrine. Elle aug-

mente par la percussion du thorax et par la pression exercée sur le lieu qu'elle occupe. Le décubitus sur le côté affecté est pénible. Aussi le malade se tient-il couché dans un état de supination. Plus la douleur acquiert d'intensité, plus aussi la respiration devient difficile et l'oppression considérable. La respiration, qui est courte, entrecoupée, se fait principalement par l'abaissement du diaphragme. Les urines sont rares et rougeâtres ; le sang que l'on retire de la piqûre se couvre d'une couenne épaisse, et la partie aqueuse se sépare facilement de la matière colorante. Le stéthoscope, appliqué sur la partie douloureuse, ne transmet que faiblement le bruit respiratoire. Dans quelques cas, on remarque une certaine augmentation de volume dans la partie du thorax qui correspond au siége du mal. Si l'on percute cette région, le son que l'on obtient est mat et différent de celui que l'on produit sur le côté opposé. Tels sont les premiers symptômes locaux et généraux que l'on a cru remarquer le plus souvent dans la pleurésie, et que nous n'avons fait qu'indiquer, nous proposant d'insister, dans l'article suivant, sur chacun d'entre eux que nous croyons mériter le plus notre attention.

DIAGNOSTIC.

On ne saurait se dissimuler l'embarras où jettent les auteurs même les plus exacts, a dit Pinel, quand on veut se faire une idée précise des caractères distinctifs de la pleurésie. Ce n'est donc que par l'analyse des différents symptômes qui l'accompagnent ordinairement que l'on peut parvenir à la connaître. Presque tous les auteurs, tant anciens que modernes, s'accordent à regarder la douleur pleurétique comme un symptôme pathognomonique de cette maladie. Nous conviendrons volontiers avec eux que c'est un des symptômes les plus constants, et qu'il doit attirer toute l'attention du médecin ; mais comme il n'est pas essentiellement attaché à cette maladie, puisqu'elle peut exister sans lui, nous ne pensons pas qu'il puisse servir de base à son diagnostic. Si, dès le moment de l'in-

vasion, l'inflammation occupe toute la plèvre, il n'y a souvent pas de point douloureux et circonscrit; la douleur est obtuse et occupe différentes parties de la poitrine; quelquefois elle abandonne le côté où elle s'était d'abord fixée, pour se porter sur un autre, ou bien elle manque totalement. C'est ainsi que pense Morgagni (1), lorsqu'il nous assure avoir trouvé, après la mort, des traces d'inflammation de la plèvre sur des sujets qui, pendant la vie, ne s'étaient plaints d'aucune douleur pleurétique. « La douleur fixe et pongitive, que l'on regarde comme le symptôme le plus essentiel de la pleurésie, n'est rien moins que ce que l'on pense, dit M. Broussais : je l'ai vu manquer dans l'état aigu comme dans l'état chronique. Il m'a même semblé que les pleurésies les plus vastes étaient les plus dépourvues de ce point pleurétique. » (Traité des phleg.)

La respiration varie suivant l'intensité du point douloureux, les périodes de la maladie, la quantité de l'épanchement, et une foule d'autres circonstances. On a vu des pleurétiques qui, par une anomalie assez difficile à expliquer, respiraient facilement, se livraient même à quelques exercices, quoiqu'un épanchement assez considérable existât dans la poitrine (2). Mais, en général, lorsque cet épanchement existe et qu'au lieu d'être absorbé il s'accumule de plus en plus, le poumon est refoulé vers sa base ou son bord postérieur; il diminue de volume, perd de son élasticité, ne permet que difficilement l'entrée du fluide atmosphérique dans les cellules aériennes, et devient ainsi moins apte à remplir ses fonctions. Alors la respiration est courte, accélérée, entrecoupée, douloureuse et brusque lors de l'inspiration. Le décubitus, qui d'abord se faisait sur le côté sain, ne peut plus avoir lieu que sur le dos ou sur le côté affecté.

La toux n'offre rien de bien caractéristique. Elle manque quelquefois; quand elle existe, elle est ordinairement petite, involontaire, sèche, fréquente et fort pénible; elle est accompagnée quelquefois

(1) *De causis et sedibus morb.*, *epist.* 16 *et* 20.

(2) Andral fils, méd. clin., tom. II.

de la contraction des muscles de la face et des membres thoraciques ; ce qui, selon M. Chomel, exprime à la fois la douleur qu'elle produit et la résistance qui lui est opposée. Ordinairement l'expectoration manque, ou, s'il y en a, les crachats sont clairs, glaireux, incolores, parfois mêlés de filets de sang, lequel ne paraît qu'en très-petite quantité, à moins qu'il n'existe en même temps une inflammation des poumons, ou qu'une communication ne se soit établie entre la plèvre et les bronches. Dans ce cas, et en supposant que la phlegmasie existe avec épanchement, les crachats ont une odeur fétide, alliacée, semblable à celle de l'hydrogène phosphoré, et ils contiennent alors du sang, du pus ou de la sérosité, suivant le résultat de l'exhalation.

Nous passerons sous silence la succussion, mode d'exploration attribué à Hippocrate, qui peut avoir ses avantages, mais qui doit être extrêmement pénible pour le malade. Nous ne croyons pas non plus devoir nous arrêter au volume de la poitrine; parce que la dilatation causée par l'épanchement n'est jamais bien apparente que chez les personnes maigres; tandis qu'il est assez difficile de pouvoir la constater chez les sujets d'une bonne constitution et de beaucoup d'embonpoint, surtout chez les femmes, à cause du volume et de la position des seins. Quant à la pression abdominale, nous pensons qu'elle est plus propre à faire souffrir le malade qu'à donner un signe certain de l'affection dont il s'agit. D'ailleurs il est plusieurs circonstances où ce mode d'exploration devient impraticable, comme dans la grossesse, et toutes les fois qu'une affection quelconque des viscères abdominaux complique celle de la poitrine. Outre les symptômes que nous venons d'énumérer, il en est d'autres beaucoup plus certains que l'on peut tirer de la percussion et de l'auscultation.

Dans les premiers temps de la maladie, et lorsqu'il n'existe pas encore d'épanchement, si l'on percute le côté d'un pleurétique, le son est aussi clair que dans l'état sain; mais dès que l'épanchement dans la cavité de la poitrine est plus ou moins considérable, la résonnance de l'organe percuté manque dans toutes les parties où il existe. Si l'épanchement est peu considérable, le liquide s'amasse

à la partie la plus déclive de la cavité thoracique, et, dans ce cas, la matité du son n'est sensible qu'à la partie postérieure et inférieure de cette cavité; mais si la quantité du liquide épanché augmente, le son devient d'autant plus mat que cet épanchement est plus considérable et qu'il occupe une plus grande surface. « La grande étendue dans laquelle le son manque, dit Laënnec, est un indice sûr et pratique de la pleurésie. Assez souvent (ajoute-t-il), au bout de peu d'heures de maladie, le son est mat dans tout le côté affecté ou dans sa moitié inférieure; ce qui n'arrive jamais ou presque jamais dans la pneumonie. » (Traité de l'auscultation.)

Les données que la percussion fournit, bien qu'elles soient d'une haute importance, sont à peu près les mêmes dans la pleurésie et la pneumonie; mais celles que l'on obtient par l'auscultation, soit médiate, soit immédiate, offrent un intérêt bien autrement important. En appliquant, sur la poitrine du malade, l'oreille nue ou armée du stéthoscope, on s'aperçoit, ou que l'intensité du bruit respiratoire a diminué, ou que ce bruit a tout-à-fait disparu, suivant qu'une couche plus ou moins épaisse a seulement éloigné le poumon ou l'a entièrement rendu inaccessible à l'investigation de notre oreille, suivant qu'elle a, par sa quantité, rendu la pénétration de l'air dans les cellules pulmonaires difficile ou tout-à-fait impossible. « Lorsque, comme il arrive souvent, dit encore Laënnec, l'épanchement pleurétique est très-abondant dans les premiers instants de sa formation, l'absence de la respiration est dès lors totale, et on ne l'entend plus du tout dans le côté affecté, excepté le long de la colonne vertébrale où elle s'entend encore dans une longueur d'environ trois doigts, quoique avec moins de force que du côté opposé. Cette absence totale de la respiration, après quelques heures de maladie, est un signe tout-à-fait pathognomonique de la pleurésie avec épanchement abondant, lors même que le point de côté n'existe pas. » (*Opus cit.*) Si l'on fait alors parler le malade, sa voix est aigre, tremblotante, saccadée comme celle d'une chèvre, et elle semble être l'écho de la voix du malade, plutôt que cette voix elle-même. Ce phénomène se manifeste à l'époque où l'épanchement commence à devenir un

peu notable, le son mat et la respiration moins sensible dans le côté affecté; elle disparaît quand l'épanchement devient très-abondant; elle peut persister pendant plusieurs mois quand il reste long-temps au même point; elle reparaît de nouveau quand il commence à diminuer, et elle disparaît entièrement et pour toujours lorsqu'il est réduit à très-peu de chose. Lorsque l'égophonie existe, on distingue, par l'auscultation, un autre phénomène non moins constant et d'une importance égale, que Laënnec a désigné sous le nom de respiration bronchique. Au lieu du bruit respiratoire naturel, on en distingue un autre semblable à celui que produit l'air en traversant un conduit d'une certaine longueur. Cet auteur pense qu'il est dû à ce que l'air inspiré s'arrête dans les bronches comprimées par l'épanchement pleurétique; tandis que Chomel l'attribue au passage du fluide dans le larynx et l'arrière-bouche pendant l'inspiration, et à sa transmission à l'oreille de la même manière que la voix produite et articulée dans les mêmes organes.

Jusqu'ici notre dessein a été de nous entretenir principalement de la pleurésie que nous croyons être la plus commune, c'est-à-dire de celle qui est bornée à une des plèvres, mais qui occupe la plus grande partie de sa surface. Nous allons maintenant dire quelques mots de certaines modifications qu'elle présente, soit qu'elle les affecte toutes les deux, soit qu'elle n'en affecte qu'une seule.

Pleurésie double. — Lorsque les deux plèvres sont enflammées en même temps, ce qui est rare, la maladie est beaucoup plus grave; assez souvent elle détermine la mort avant qu'un épanchement notable soit formé, et lorsqu'il n'y a encore qu'une simple exsudation membraneuse (Chomel). Cette pleurésie se reconnaît par les mêmes signes que les autres, seulement la difficulté de respirer est plus grande et l'absence de la douleur plus fréquente que quand l'inflammation est bornée à une seule plèvre. La percussion et l'inspection de la poitrine ne donnent presque jamais aucun résultat; mais l'égophonie et l'examen de la respiration peuvent facilement la faire reconnaître.

Pleurésie partielle. — Nous devons à M. Andral d'avoir constaté

la fréquence des phlegmasies circonscrites de la plèvre. On les observe plus particulièrement chez les individus qui ont été atteints de pleurésie générale, à raison des adhérences qui unissent partout ailleurs le poumon à la plèvre costale. Ces pleurésies circonscrites se rencontrent surtout dans la partie latérale ou mammaire, dans l'espace compris entre la base du poumon et le diaphragme, dans les scissures des lobes des poumons, et dans les replis de cette portion de la membrane qui forme le médiastin antérieur. Ces espèces de pleurésies peuvent exister avec ou sans épanchement. Dans le premier cas, elles sont beaucoup plus dangereuses, parce qu'elles se compliquent fréquemment de phthisie pulmonaire; tandis que, dans le second, elles entraînent moins de danger, et le plus souvent elles n'apportent aucun trouble notable dans l'économie. Renfermé dans des membranes peu susceptibles d'absorption, cet épanchement, s'il est un peu considérable, refoule le poumon et le creuse en quelque sorte, de manière que, quand après la mort on procède à la vérification, à moins d'y regarder de bien près, on est porté à croire qu'il est corrodé (Laënnec).

La différence des symptômes qui caractérisent l'inflammation partielle de la plèvre varie selon la région où elle est fixée. La phlegmasie qui occupe un des points latéraux de la plèvre (costo-pulmonaire) est caractérisée par une douleur vive, superficielle et bornée à un point de très-peu d'étendue. Il y a difficulté ou impossibilité de se coucher sur le côté non affecté; les côtes sont immobiles, et le son mat vers le milieu de leur longueur. Quand l'inflammation a son siége dans la portion de la plèvre qui revêt le diaphragme, on observe une douleur plus ou moins vive le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, s'étendant le plus souvent dans les hypocondres, et quelquefois jusque dans les flancs, et augmentant par la pression, l'inspiration, le mouvement et tous les efforts; l'immobilité complète du diaphragme dans l'inspiration qui ne se fait plus que par l'élévation des côtes; l'altération subite des traits; une gêne de la respiration telle, que le malade est obligé de se tenir assis, le tronc incliné en avant; quelquefois le hoquet, des mouvements con-

vulsifs, des nausées, des vomissements, quoique l'estomac soit sain. Enfin, quand l'inflammation est bornée au médiastin, une douleur profonde qui augmente par les efforts de la respiration se fait sentir derrière le sternum. Lorsque ces phlegmasies partielles de la plèvre n'ont pu être constatées par la percussion et l'auscultation, il n'y a que l'expectoration subite et imprévue d'une certaine quantité de pus qui puisse les faire soupçonner.

Maladies qui peuvent être confondues avec la pleurésie aiguë.

La pneumonie, le catarrhe pulmonaire, la pleurodynie, sont les maladies qu'on pourrait le plus facilement confondre avec la pleurésie. Essayons de tracer brièvement les principaux caractères qui peuvent servir à les faire connaître et à les distinguer de cette dernière. Dans la pleurésie, le pouls est dur et fréquent, le point de côté pongitif. Dans la pneumonie, le pouls est fréquent, large et mou; la douleur de côté est obtuse : c'est une gêne, une pesanteur incommode plutôt qu'une douleur proprement dite. « *Ob nervos enim minus copiosos et laxam visceris compagem, de oppressione non autem de doloribus conqueruntur ægri, ut hoc morbi genus plus periculi quàm doloris habeat* (1). » Dans la pleurésie avec épanchement, la matité du thorax survient dans la première période. Il y a égophonie s'il existe déjà une certaine quantité de liquide, puis absence d'égophonie quand l'épanchement est considérable; enfin, réapparition de l'égophonie quand il commence à être absorbé. Dans la pneumonie, la matité de la poitrine va graduellement croissant. On observe dès le début un râle sec et crépitant; la poitrine résonne par la percussion; peu à peu le râle crépitant diminue, et bientôt une matité complète annonce l'absence de tout bruit vésiculaire. Quand la résolution commence à s'opérer, le râle crépitant paraît de nouveau, et avec lui le retour de la respiration. Dans la pleurésie, les crachats sont rares,

(1) *Eynel, commen. in Stoll, tom. II.*

clairs et muqueux. Ils sont plus abondants dans la pneumonie, ressemblent, dans la première période, à du mucus mêlé à de la salive; ensuite ils sont sanguinolents, couleur de rouille, tenaces, gélatineux, adhèrent au vase qui les reçoit.

La pleurésie coexiste quelquefois avec la pneumonie; c'est de là, sans doute, que vient la confusion que l'on a faite pendant long-temps de ces deux maladies. La réunion de ces deux phlegmasies constitue la pleuro-pneumonie, dans laquelle on distingue en même temps les symptômes communs à l'inflammation de la plèvre et à celle du poumon.

Dans le catarrhe pulmonaire, la douleur est déchirante et occupe toute la poitrine; le décubitus peut avoir lieu sur les deux côtés; la toux est ordinairement accompagnée de crachats muqueux plus ou moins abondants; le pouls est mou et fréquent; à l'aide du stéthoscope, on entend, sur le trajet des bronches et de la trachée-artère, un râle muqueux très-prononcé.

La pleurodynie peut encore être confondue avec l'inflammation de la plèvre; néanmoins il existe des différences assez tranchées entre l'une et l'autre de ces maladies. Dans la pleurodynie, la douleur est extérieure; la fièvre est toujours modérée, et souvent elle n'existe pas; la toux est rare; la respiration s'entend comme à l'ordinaire; le pouls est dans l'état normal; le décubitus se fait indifféremment sur l'un et l'autre côté; la percussion, si toutefois elle est supportable, produit un son clair, etc., etc.

La pleurésie se trouve souvent associée à un état bilieux. Cette complication est annoncée par l'amertume de la bouche, des rapports acides, des nausées, des vomissements, des selles bilieuses; le point pleurétique est peu marqué; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre, verdâtre, muqueux; la soif est peu intense, les crachats sont jaunâtres, et le pouls variable. Dans ce cas on ne doit pas compter sur l'efficacité du traitement antiphlogistique, tandis que l'emploi des vomitifs est alors suivi du succès le plus prompt.

Tels sont les caractères à l'aide desquels le praticien pourra parvenir à distinguer la pleurésie des maladies avec lesquelles elle a

quelques traits de ressemblance; et bien que, dans certains cas, le diagnostic présente quelque obscurité, il pourra néanmoins reconnaître la nature de la maladie en usant des ressources de l'analyse.

MARCHE ET DURÉE.

La marche de la pleurésie aiguë offre beaucoup de variations, selon une foule de circonstances; sa durée est généralement courte; il est rare qu'elle se prolonge au-delà du quatorzième jour; cependant on l'a vue quelquefois marcher avec une rapidité étonnante, et se terminer, en deux ou trois jours, par la mort ou la guérison; d'autres fois plus lente, elle se prolonge au-delà du vingt-huitième. Cette variété tient évidemment au tempérament, aux forces du sujet, aux circonstances qui l'ont déterminée, et à son mode de terminaison. Ainsi, elle parcourt rapidement ses périodes dans la jeunesse et les tempéraments sanguins; sa marche est plus lente dans la vieillesse et les tempéraments lymphatiques, chez lesquels on la voit souvent passer à l'état chronique. Ordinairement continue, la pleurésie peut quelquefois paraître sous le type intermittent. Sauvages, Torti, Arloin, Roche et plusieurs autres auteurs, en rapportent des exemples.

TERMINAISONS.

Les terminaisons de la pleurésie varient beaucoup; cependant les plus ordinaires sont : la résolution, le passage à l'état chronique, la suppuration, la gangrène et la mort.

La résolution est, sans contredit, la terminaison la plus favorable, et le médecin doit faire tous ses efforts pour l'obtenir. Elle peut avoir lieu sans crise ou avec crise. Dans le premier cas, les symptômes de la maladie diminuent graduellement, les fonctions se rétablissent dans leur état naturel sans aucune évacuation critique sensible; tandis que dans le second on voit se manifester, vers le cin-

quième, le septième, le neuvième, le onzième ou le quatorzième jour, des phénomènes critiques, des évacuations salutaires. Les plus communes ont lieu par des sueurs copieuses, une abondante sécrétion d'urines sédimenteuses, des évacuations alvines; cette dernière terminaison arrive surtout dans les cas de pleurésie bilieuse. Quelques auteurs ont prétendu que la pleurésie ne pouvait pas se terminer par la voie des crachats; cependant Hippocrate, Sydenham, Baglivi, Stoll, disent avoir vu une expectoration abondante, muqueuse, opaque, amener cette solution. Arétée, Triller et Grimaud ont remarqué que cette phlegmasie se terminait souvent par une hémorrhagie nasale, se faisant ordinairement par la narine du côté affecté. Elle est annoncée par la pesanteur et la douleur gravative de la tête, par des vertiges, la rougeur et la tuméfaction de la face, par le battement des artères temporales; le malade ressent du prurit au nez. *Si naribus admovet*, a dit Galien, *veluti vellicantes, tùm non forte futurum est, sed jam videbis fluere sanguinem.* Hippocrate, Galien et plusieurs autres, nous fournissent des exemples de pleurésies jugées favorablement par un flux hémorrhoïdal et une hémorrhagie utérine. Enfin, Hippocrate, Van-Swieten, Triller, Baglivi et Stoll, ont regardé le transport de la douleur vers les extrémités supérieures, l'inflammation des parotides et du tissu cellulaire, les abcès derrière les oreilles, etc., comme autant de crises salutaires : « *Abcessus pleuriticis aut pone aures, aut ad pedum talos, aut sub axillis, aut alibi in corpore abortos et cocto albidoque pure repletos, pro optimo salutis signo habendos esse frequenti experientiâ compertum est; indicat enim sanguinem corruptum benigno potentis naturæ numere ab interioribus partibus nobilioribus versus exteriora minùs nobilia sic saluberrimè esse eliminatum.* » (Triller, aph. 59.)

Assez souvent la pleurésie aiguë passe à l'état chronique. Nous pensons, avec Laënnec, que cette terminaison a lieu quand une cause quelconque s'oppose à la prompte résorption du liquide épanché, et à la conversion des fausses membranes en tissu séreux accidentel. Cette terminaison, toujours désavantageuse, est caractérisée par la durée des symptômes propres à la pleurésie aiguë, mais dont l'intensité a éprouvé une diminution notable, quoiqu'ils persistent

cependant à un certain degré. Alors la douleur est moins forte, mais elle se fait encore sentir par la pression ; la respiration est encore gênée ; les membres correspondant au côté affecté s'œdématient ; les fonctions digestives se détériorent ; il y a des paroxismes sur le soir ; enfin, le malade tombe dans un état d'amaigrissement qui le conduit au tombeau.

On doit craindre la suppuration quand les symptômes locaux, après avoir été intenses, se prolongent au-delà de l'époque de la résolution, ou qu'il ne s'est manifesté aucun phénomène critique : ce qu'Hippocrate semble annoncer dans l'aphorisme suivant : *Qui pleuritici facti non repurgantur supernè in quatuordecim diebus, in suppurationem convertitur.* « Quand une inflammation de poitrine parvient au quatorzième jour, dit Baumes, sans que la maladie paraisse en voie de guérison, soit par défaut d'une expectoration louable, ou d'autres évacuations salutaires, soit par le peu de succès que fournit la médecine : si les symptômes que présente la maladie ne sont pas mortels, on a lieu de croire qu'elle dégénérera en abcès, supposé qu'il ne soit pas déjà formé. » (Traité de la phthisie pulm., t I.) On connaît donc qu'une suppuration se prépare toutes les fois que la maladie dépasse le quatorzième jour, que le malade éprouve des frissons irréguliers, des chaleurs fugaces, une augmentation dans la difficulté de respirer, surtout si l'on pratique la pression abdominale, préconisée par Bichat ; la douleur pongitive diminue sans disparaître entièrement, le décubitus ne se fait plus que sur le côté affecté ; les crachats ont une odeur fétide, les espaces intercostaux s'élargissent, toutes les parties du côté affecté sont œdémateuses ; dès lors les forces diminuent de plus en plus, les fonctions digestives se dérangent, et le malade ne tarde pas à succomber.

La terminaison par gangrène est heureusement fort rare. Elle n'arrive que dans les pleurésies violentes ou dans celle où l'inflammation a été exaspérée par un traitement mal entendu ; à la suite de la complication d'une fièvre adynamique, ou encore par la rupture, dans la plèvre, d'un abcès gangréneux. Elle est annoncée par la cessation subite des douleurs, par la faiblesse du pouls, le re-

froidissement des extrémités ; la face devient livide et cadavéreuse, l'haleine fétide, la respiration stertoreuse, et la mort approche : *mors ostia pulsat.*

Nécropsie. — A l'ouverture du corps de ceux qui sont morts à la suite d'une pleurésie, on trouve presque toujours la plèvre plus ou moins rouge, ponctuée, recouverte d'une couche pseudo-membraneuse plus ou moins épaisse, que le célèbre professeur Delpech a désignée sous le nom de membrane pyogénique. Le fluide accumulé dans la cavité de la poitrine présente de grandes variétés : tantôt c'est de la sérosité de couleur citrine ou légèrement fauve, dans laquelle on voit presque toujours des flocons de fibrine décolorée plus ou moins concrète ; tantôt c'est un liquide lactiforme plus ou moins dense, tenant en suspension des flocons albumineux ; quelquefois la membrane est recouverte d'une couche d'un véritable pus. Si la pleurésie s'est terminée par gangrène, le liquide ainsi que les fausses membranes exhalent une odeur infecte. Enfin, Laënnec et Broussais ont trouvé du sang dans les plèvres, et ont désigné cette pleurésie sous le nom d'hémorrhagique.

PRONOSTIC.

La pleurésie est une maladie grave. S'il est des cas où elle a une terminaison heureuse, il en est aussi d'autres où elle peut devenir mortelle. Sa gravité diffère selon l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution du sujet, le siége qu'elle occupe, son étendue, l'intensité de l'inflammation et les diverses terminaisons qu'elle peut affecter.

La pleurésie est toujours à craindre chez les enfants ; elle est aussi très-dangereuse chez les vieillards à cause de l'affaiblissement de leurs forces ; elle est encore à redouter pour les personnes qui ont la poitrine mal conformée, les sujets cacochymes et ceux qui sont débilités par des maladies antécédentes, telles que la goutte, la syphilis, le scorbut, le cancer, etc. Hippocrate a observé l'un des premiers que les femmes enceintes supportent difficilement cette maladie :

pleuritis sive lateris inflammatio, in muliere gravidâ, lethalis est. Elle est très-redoutable chez ceux qui en ont déjà été atteints : *pleuritides recidivantes omnes ferè sunt lethales.* On regarde comme incurable celle qui est due à l'ulcération d'un tubercule ou à la gangrène d'un des poumons. La pleurésie double est plus dangereuse que celle qui n'occupe qu'une seule plèvre. L'observation a aussi prouvé que les phlegmasies diaphragmatiques et médiastines entraînaient plus de danger qu'une inflammation plus étendue dans d'autres portions de la plèvre. On pourrait regarder comme une affection légère et de peu de conséquence une inflammation qui aurait son siége dans l'une des deux plèvres sans épanchement ni complication. Il en serait bien autrement s'il y avait un épanchement considérable, et surtout si celui-ci était devenu purulent ; le cas pourrait alors être mortel. La diarrhée que l'on observe au commencement de la maladie est généralement regardée comme un symptôme de mauvais augure : *pleuritide aut peripneumoniâ detento alvi profluvium superveniens malum ;* tandis que celle qui survient dans le courant du second septénaire ou à la fin du premier a été considérée par Arétée, Van-Swieten et quelques autres, comme une crise avantageuse. Les urines rares, sanguinolentes, ou qui ont un sédiment noir, des crachats grisâtres, salés, fétides, l'aspect triste et livide de la face, présagent une terminaison funeste. Le transport de la douleur pleurétique au dos, aux épaules, est un heureux présage : *dolor scapularum, dorsi, clavicularum, in pleuritide salutaris,* dit Hippocrate.

Pour asseoir son pronostic, le médecin ne doit jamais perdre de vue la manière dont se fait la respiration ; car autant une respiration facile est rassurante, autant celle qui s'exécute difficilement est à craindre : *bona respiratio semper bonum indicat ; mala vero semper timenda* (Baglivi) ; surtout si le malade est obligé de se tenir sur son séant, la tête soutenue par des oreillers : *cæterum erectum sedere velle malum in acutis ; pessimùm autem in peripneumonicis ac in pleuriticis.* (Hipp., *lib. prænot.*) Le médecin doit porter d'autant plus d'attention à la manière dont s'exécute l'acte respiratoire, que le malade n'accuse pas toujours la difficulté qu'il éprouve. Mais si on

l'observe avec soin, on peut se convaincre que la respiration est accélérée, surtout si on le fait parler ou exécuter quelque mouvement.

L'homme de l'art ne saurait trop s'appliquer à porter un pronostic exact ; c'est là une des branches les plus importantes de la médecine ; celui qui l'exerce doit nécessairement connaître la marche naturelle des maladies, et rien ne donne une idée plus avantageuse de ses connaissances que lorsque l'événement vient confirmer le jugement qu'il avait porté. Mais il n'est pas toujours donné au médecin, même le plus expérimenté, d'avancer quelle sera leur terminaison et leur durée ; à plus forte raison le jeune praticien doit se garder de perdre de vue cet aphorisme du Père de la médecine : *In acutis morbis non omninò tutæ sunt prædictiones neque mortis, neque salutis.*

TRAITEMENT.

Les premiers soins que réclame la pleurésie semblent appartenir à l'hygiène. On doit d'abord soustraire le malade à l'influence des causes qui pourraient aggraver ou entretenir son mal ; le placer dans un lieu dont la température soit douce et égale ; le préserver de l'impression du froid en le faisant couvrir d'une manière convenable ; lui prescrire une diète sévère et un repos absolu ; relever son courage abattu par des propos consolants, et enfin éloigner de lui tout ce qui pourrait troubler le calme et la tranquilité de son esprit. Ensuite, si l'on juge que les efforts de la nature sont insuffisants pour terminer la maladie, ou bien si elle prend une mauvaise direction, on doit passer de suite à l'emploi des moyens pharmaceutiques, dont l'espèce, le mode d'administration doivent varier suivant la nature et l'intensité du mal. On doit encore avoir égard à l'âge, au sexe, au tempérament et à une foule d'autres circonstances.

Les antiphlogistiques sont sans contredit les meilleurs remèdes que l'on puisse opposer à l'inflammation de la plèvre. Les émissions sanguines, les boissons rafraîchissantes, mucilagineuses, émulsionnées

ou nitrées suffisent ordinairement lorsqu'elles sont administrées à temps : telle était du moins la manière de penser d'Hippocrate, d'Arétée, de Galien, de Boërhaave, d'Hoffmann, et du plus grand nombre des praticiens modernes. Mais il est un autre agent qui jouit de la plus grande efficacité, et que nous rangerons, avec Delpech, dans la même classe : je veux parler du tartre stibié à haute dose.

Il est à propos de nous livrer ici à quelques considérations touchant la propriété antiphlogistique de ce médicament. D'abord quel est son mode d'action ? Va-t-il, comme le prétendent Rasori et ses partisans, diminuer, par un nouveau stimulus, l'excitement vital, infirmer le premier stimulus, et ramener la fibre élémentaire à un état directement opposé à celui où il l'avait mise ? Nous ne croyons pas que ce soit en stimulant que l'émétique agisse, puisque l'un de ses effets généraux les plus remarquables est le ralentissement de la circulation. N'est-ce pas plutôt par une espèce d'intoxication qu'il détruit les éléments de la maladie ? Agit-il encore, comme le veut M. Broussais, à la manière des révulsifs et des dérivatifs ? Nous ne le pensons pas. En effet, ce n'est point par des évacuations que l'émétique exerce la propriété précieuse que nous lui accordons ; car, quand il provoque des évacuations, il manque son effet sur la phlegmasie ; et ici les observations consignées dans les auteurs viennent à l'appui de notre assertion. Nous admettrons donc, avec Delpech, que cet agent a la propriété d'attaquer et de ruiner l'inflammation dans ses racines essentielles. « La privation des aliments, dit cet auteur, les effusions sanguines, l'usage intérieur et extérieur des relâchants, ensemble de moyens auxquels on a donné la dénomination d'antiphlogistiques, ne la méritent pas autant, car on ne peut attaquer ainsi que l'une des conditions physiologiques qui accompagnent quelquefois l'inflammation sans lui être essentielle : la pléthore sanguine ; mais on ne peut presque rien changer de la sorte, que d'une manière fort indirecte, aux véritables éléments de cet état morbide. Ces éléments, qui peuvent exister et qui existent, en effet, à l'état isolé, dont la réunion seule constitue l'état inflammatoire, la douleur, l'irritation, la fluxion et l'accroissement de la plasticité du sang qui en est le

plus souvent une conséquence, peuvent être détruits ensemble par un moyen capable de réduire directement l'intensité de la vie, base radicale de l'existence et de l'association de ces mêmes conditions élémentaires (1). »

De tous les moyens antiphlogistiques employés contre la pleurésie, les émissions sanguines doivent tenir le premier rang. « *Nemo enim, nemo profecto sævissimum et insidiosissimum hunc hostem seriò gloriosèque triumphaverit, nisi, stricto ferro vulnereque aliquoties inflicto, res strenuè agatur victoriaque fuerit admodum cruenta.* » (Triller, *de pleurit. com., pag.* 13.) L'utilité de la phlébotomie, dans le traitement de la maladie dont nous nous occupons, a été reconnue par tous les médecins, depuis Hippocrate jusqu'à nous. Cependant il faut bien se garder de croire que l'on ne peut guérir la pleurésie qu'à force de saignées. Ce serait en vain que l'on insisterait sur ce moyen dans les pleurésies intermittentes, et dans celles qui sont compliquées d'un état bilieux. Les premières ne céderont qu'aux antipériodiques (le quinquina et ses préparations). Les secondes seront avantageusement combattues par les vomitifs (l'ipécacuanha, le tartre stibié). Un médecin sage ne devra donc avoir aucune méthode de traitement exclusive; il devra, au contraire, varier sa thérapeutique suivant les circonstances.

Quelques anciens ont prétendu qu'on ne pouvait pas ouvrir la veine après le troisième jour. Il est bien certain qu'on retire des saignées un plus grand avantage, quand elles sont employées dès le début de la maladie. Avouons cependant qu'il est difficile de déterminer l'époque à laquelle on doit cesser d'y avoir recours. Hippocrate fit saigner Anaxion le huitième jour de la maladie, et le guérit. Galien dit qu'on peut la pratiquer, fût-ce le vingtième jour, toutes les fois qu'elle est indiquée. Il faut donc, avant d'en venir à la phlébotomie, bien tout examiner, considérer les forces du malade, la respiration et l'état du pouls.

(1) Mémorial des hôpitaux du Midi et de la clinique de Montpellier, par Delpech.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le lieu dans lequel on doit pratiquer la saignée. Hippocrate, Galien, Sydenham, Baglivi, Boërhaave et leurs disciples, veulent que l'on saigne d'abord du côté malade; d'autres, au contraire, tels qu'Arétée, Avicenne, conseillent d'ouvrir la veine du côté opposé. Toutefois, d'après les expériences de Triller, il semblerait qu'on doit donner la préférence à la saignée du côté malade. Voici ce que dit à ce sujet l'immortel Barthez : Dans le commencement d'une fluxion inflammatoire sur la poitrine, il faut faire révulsion en saignant d'une partie éloignée, comme quelquefois du pied, et communément du bras du côté opposé au siége de la douleur..... Dans l'état de fluxion, c'est-à-dire lorsque les accroissements gradués ont cessé, et qu'elle est parvenue à un degré assez constamment fixe, on doit saigner du bras du côté qui est affecté, et y répéter la saignée suivant l'indication. (Premier mémoire sur le traitement des fluxions.)

Il est impossible de fixer la quantité de sang que l'on doit tirer d'une veine. Cette quantité doit être proportionnée à l'intensité des phénomènes morbides, à l'âge, au tempérament et à la constitution des individus, etc. Ainsi, si l'on a affaire à un sujet jeune, vigoureux, pléthorique, qui n'a point été exposé à d'autres maladies, dont la face est rouge, les yeux étincelants, dont les temporales battent avec force, les carotides et les jugulaires sont gonflées, qui est menacé de délire ou de suffocation, il faut faire une large saignée; tandis que, si le malade est dans des circonstances opposées, il faut qu'elle soit moins copieuse.

Après les saignées générales, le médecin doit en venir aux saignées locales. Ces saignées peuvent être pratiquées par les sangsues ou par les ventouses scarifiées. Nous pensons que les cas où ces évacuations sanguines doivent seules être employées sont rares. Cependant nous ne pouvons pas nous dissimuler qu'il y a des circonstances où elles sont plus avantageuses que les saignées générales. On devra donc leur donner la préférence chez les jeunes enfants, les vieillards et les sujets affaiblis par des maladies antécédentes. Lorsque la pleurésie reconnaît pour cause la suppression d'une évacuation habituelle, on ne peut pas

se dispenser de les employer concurremment avec l'ouverture de la veine. « Si l'on veut que les sangsues soient efficaces, il faut laisser suinter le sang de leurs piqûres pendant plusieurs heures, et même en favoriser la sortie par des fomentations émollientes appliquées à la température du corps. Un cataplasme composé de farine de lin, de mie de pain ou autre substance analogue, est encore un excellent moyen pour obtenir promptement la résolution de la phlogose membraneuse, et peut suivre immédiatement l'emploi des saignées locales. »

Il faut aider l'action des émissions sanguines par l'emploi des médicaments émollients et mucilagineux. Ainsi on prescrit au malade une décoction d'orge, de racine de guimauve, de chiendent, de bourrache, etc. édulcorée avec le sucre ou le miel; une infusion de fleurs de violette, de mauve, de bouillon blanc; un looch préparé avec le sirop de tussilage, d'althæa, et rendu un peu anodin; l'eau de veau, de poulet, etc. Ces boissons doivent être données tièdes. On entretient la liberté du ventre par des lavements émollients.

Quand la maladie reconnaît pour cause la suppression des menstrues, des hémorrhoïdes, d'un cautère, d'un exanthème, le médecin doit chercher à rappeler la fluxion première. Dans la plupart des cas, ces moyens suffisent pour détruire l'inflammation; mais il arrive souvent que la maladie persiste malgré l'emploi régulier de tous les moyens dont nous venons de parler. Alors il faut avoir recours aux vésicatoires appliqués sur le côté ou à la partie interne des cuisses ou des jambes. On peut encore se servir des sinapismes. Enfin, Baglivi conseille d'employer tous les moyens propres à procurer le relâchement de la partie enflammée. « *Tota ratio curandæ pleuriticis aliarumque inflammationum consistit in procurandâ laxitate partis inflammatæ per debita remedia.* » Les cautères, les moxas, les sétons, conviennent plus particulièrement dans la pleurésie chronique.

Quelle que soit, du reste, l'espèce d'exutoire que l'on mette en usage, il faut chercher à favoriser la résorption de l'épanchement. L'acétate de potasse, le sel de nitre à la dose de 40 grains jusqu'à 3 ou 4 gros par jour; l'infusion de poudre de digitale de 15 à 18

grains pour une livre d'eau ; le polygala à la dose de 4 ou 5 gros dans deux bouillons ; l'oxymel scillitique ; un léger purgatif administré de temps en temps ; des gilets de flanelle, sont très-propres à remplir ce but.

Il est des cas où la douleur prédomine sur tous les autres symptômes ; nous pourrions dire, en admettant la distinction de l'inflammation en plusieurs éléments, que la douleur est alors l'élément prédominant : dans ces circonstances, comme l'a observé Sarcone, l'opium produit les meilleurs effets.

Il est un autre médicament que MM. Lallemand et Serre mettent assez fréquemment en usage dans les phlegmasies membraneuses : ce sont les frictions mercurielles. Nous croyons qu'on peut aussi les employer avec succès dans la maladie dont nous nous occupons, pour favoriser l'absorption de l'épanchement. « Il est évident pour moi, dit Laënnec, que les frictions mercurielles favorisent la résolution dans les inflammations aiguës et même chroniques, et je les ai trouvées très-utiles pour favoriser la résorption à la suite de la pleurésie. »

Lorsque ces divers moyens n'ont pas pu amener la guérison de la maladie, on doit en venir à l'opération de l'empyème. Dans une maladie mortelle de sa nature, il faut profiter de tous les moyens qui peuvent offrir quelque chance de succès, et dire avec Celse : *melius est anceps experiri remedium quàm nullum.* Les exemples de guérison, quelque rares qu'ils soient, lui serviront toujours d'excuse ; et s'il n'est pas assez heureux pour sauver son malade, il aura du moins la consolation de l'avoir soulagé.

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis,
Causa, sed utilitas officiumque fuit. (*T.*)

FIN.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !